Grossesse extra utérine

Q161

(étio.diag.évolut°,ttt)

Urgences – B HCG + Echo – Cœlioscopie / conventionnel – Radical / conservateur – MTX – Abstention
Prevention de l'alloimmunisation
Présentation polymorphe => Tjrs y penser chez une femme en PAG car pronostic vital et fonctionnel tubaire en jeu

Étiologies = anomalies du transport tubaire[Q] = FDR de GEU

- **Retard de captation par le pavillon de la trompe**
  - Retard de ponte, Fécondation ds la fossette, Fécondation croisée
- **Arrêt ou ralentissement de la migration tubaire par**
  - **SALPINGITE CHRONIQUE**[Q] : (lésion de l'épithélium tubaire) secondaire à une ***MST***[Q+++] (chlamydia, Gonocoque) = **50 % des GEU**, un ***IVG*** [D], présence d'un ***DIU***[Q++] (Grossesse sur stérilet RR x 10, Grossesse si ATCD de stérilet RR x 3 [D]), ***Tuberculose génitale*** (GEU ds 75 % des cas mais patho rare)
  - **Endométriose tubaire**[Q]**, ATCD de chir tubaire**[Q] **pr obstruction tubaire** : corrige obstruction ms pas les séquelles pariétales
  - **Facteurs modifiant la disposition des trompes** : ***Adhérences*** périannexielles post chir abdominopelvienne[Q+] (2ième cause), ***compression extrinsèque des trompes*** (fibrome, kyste ovarien +++)
  - **Malformation tubaire congénitale**[Q] (hypoplasie, sténose[Q], diverticule)
  - **Facteurs : *Tabac, inducteurs de l'ovulation, techniques d'AMP = FIV*** (polyovulation et facteurs tubaires motivant celle-ci). Dans le cas d'une FIV tjs penser à la possible association GEU ET GIU appelée grossesses hétérotopiques, ***pilule de lendemain, progestatif microdosé*** (ralentissement motilité des trompes) [Q++++]
  - **ATCD de stérilité**[Q++]
  - (ATCD de FCS, l'âge et pilule O-P ne st pas des FDR[Q++])
- **Anomalie ovulaire** (rare)

Physiopathologie de la GEU

- **Anomalie du transport tubaire entrainant la nidation de l'œuf en dhs de la cavité utérine**
- **Siege**
  - TROMPE : 99% => ***Ampoule*** 75%[Q] ; ***Isthme*** 23 % (+ de risque de rupture cataclysmique[Q]) ; ***portion interstitielle*** 1%
  - EXTRATUBAIRE : 1% => ***Ovarienne, Abdominale***
- **Distension et hypervascularisation de la trompe au niveau de la nidation => Risque de rupture avec hémorragie**
  - Rupture brutale : hémopéritoine cataclysmique
  - Fissuration Progressive : Hémopéritoine progressif
- **Implantation de mauvaise qualité avec vascu insuffisante => risque de décollement et avortement**
  - Décollement incomplet : petit saignement qui se pérennise => formation d'un hématosalpinx
  - Décollement complet => Avortement tubo-abdominal pouvant donner une hémorragie circonscrite qui va s'organiser pour former un hématocèle.
- **L'involution spontanée d'une GEU reste également possible**
- **Quelque soit le « stade » de la GEU, toutes les évolutions st possibles. Pas de corrélation.**

Diagnostic

- **Hématosalpinx ampullaire non compliqué = Forme gynécologique**
  - **La plus fréquente**
  - **SF :** Retard de règles RDR variable chez une femme aux cycles réguliers (DDR) avec parfois des S sympathiques de grossesse (nausée, tension mammaire) => grossesse ? mais présence de signes anormaux :
    - Présence de métrorragies : qui ft typiquement suite à un RDR de qq jours, minimes[D], brunatres[D], distillantes, récidivantes
    - Douleurs pelviennes[D] : Dl unilat en fosse iliaque par crises (coliques salpingiennes) ou le + svt pesanteur pelvienne diffuse mal localisée
    - Parfois lipothymies[D], vertiges, pertes de connaissances fugaces
  - **Examen physique**
    - Abdomen souple parfois sensible en FI
    - Au spéculum : Col normal, glaire coagulé, confirme l'origine endo-utérine des saignements[D]
    - TV doux combiné au palper abdo puis au TR :
      - **Utérus de taille normale**[D] **ou de taille inférieure à ce que voudrait l'âge de la grossesse** (suspect de GEU), **mou, indolore** ; **Col fermé**
      - **Masse latéro-utérine** très douloureuse (50%)[D] ou **douleur d'un cul de sac sans masse perçu** ou une **asymétrie**
      - **+/- Souillé de sang**
      - TV/TR : Douglas,ici, le + svt indolore. Parfois dl modérée si hémopéritoine en constitution.

- **Forme + atypique : elles st très fréquentes.**
  - Anomalies menstruelles : Dl pelvienne chez une femme au cycles très irréguliers ; Métrorragies contemporaines de l'apparition des règles habituelles (pas de RDR)
  - Douleurs minimes diffuses
  - Examen clinique normal : GEU vu très tôt
  - Forme pseudo-salpingitique : fièvre, HLPN et dl latéralisée sans métrorragie

- **Paraclinique (même si examen clinique N)**
  - Demande en urgence **B-HCG plasmatique**[Q] quantitatif par radioimmunologie
    - Pas de GEU si taux < 5 UI[Q] après le 9ième jour post fécondation
    - Si B-HCG +, ne préjuge pas du site d'implantation
    - En cas de stagnation du taux de B-HCG à 48h => suspecter une GEU. Normalement le taux double toutes les 48 h pdt les 2 premiers mois.

  - **Echographie pelvienne par voie endovaginale**[Q] => localiser l'implantation+++
    - **Signe direct :** Présence d'un sac gestationnel extra-utérin avec un embryon ayant parfois une activité cardiaque visible (pathognomonique d'une GEU = + ds < 10%)
    - **Nombreux signes indirects :**
      - Elimine la GEU si montre une GIU évolutive
      - Absence de sac ovulaire intra-utérin[D] : celui-ci doit être visualisé par voie endovaginale lorsque le taux d'hCG **> 1 000 U/L**. La vacuité utérine aurait une sensibilité proche de 100 % avec une spécificité de 98 %
      - Masse latéro-utérine[D] évoquant un hématosalpinx => Son absence n'élimine pas le diagnostic de GEU
      - Epanchement du cul-de-sac de Douglas[D], de volume variable, traduit un hémopéritoine lié soit à une GEU en voie de rupture, soit parfois à l'existence d'une hématocèle.
      - Pseudo-sac gestationnel [D]= image liquidienne intra-utérine festonnée ***sans*** couronne hyperechogène (courone trophoblastique) liée à sécretion au sein de la caduque
    - **Une échographie normale ne doit pas faire rejeter le diagnostic de GEU[Q] => examen réalisé trop précocement => echo + B hCG réitéré après 48 h de surveillance.**

  - **La cœlioscopie**
    - **Examen diagnostique de certitude**[Q D]=>Indispensable pr éliminer diagnostic en cas de doute. Sinon non obligatoire
    - Réalisée sous AG chez une femme prévenue de la possibilité d'une intervention chirurgicale
    - **Doit permettre de voir les 2 trompes sur toute leur longueur, pavillon compris, pour pouvoir conclure**
      - Soufflure tubaire segmentaire violacée évoluant vers une « dilatation en aubergine » de l'ampoule surtt avec caillots et sang au niveau du pavillon
      - Annexe enrobée de sang avec caillots ds le Douglas
      - Hémopéritoine
    - **En cas de GEU, elle permet le traitement ds le même temps opératoire.**

Forme classique :hémopéritoine cataclysmique

- **La plus rare actuellement**
- Peut se voir à tout moment quelquesoit le stade de la **GEU** = rupture tubaire ou avortement tubo-abdominal +++
- Début brutal cz une femme jeune par douleur pelvienne atroce en coup de poignard syncopale avec tableau d'hgie interne
  - Etat de choc hypovolémique
  - Sd anémique aigue
  - Sd péritonéal (irradiation scapulaire[Q] liée à l'irritation péritonéale, Défense hypogastrique[Q] sans contracture[Q++] ; le TV lorsqu'il est possible, retrouve le classique " cri du Douglas "[Q],souvent aucune masse latéro-utérine n'est palpée)
- Ds ce contexte => Aucun examens complémentaires sf β-hCG (=> affirme la grossesse), l'écho abdominale montrerait une inondation péritonéale.
- Traitement chirurgical en urgence s'impose.

GEU avec hémopéritoine progressif

- **S. Fonctionnels**
  - Signes sympathiques de grossesse, Dl abdo basse
  - S. d'irritation péritonéale : nausées, vomissements, tbles du transit
  - Lipothymies[D] (classique forme en 2 temps : malaise de la jeune femme qui une fois arrivé à l'hosto se sent mieux : TA normale, pouls à peine accéléré, abdomen souple. Le diagnostic n'est pas fait. DANGER ! ! !)
- **S.physiques**
  - Paleur, pouls rapide
  - Défense hypogastrique, TV/TR : Très dlx, Cul de sac vaginal empaté, Cul de sac postérieur bombant

Forme pseudo-abortive

- MTR abondantes + caillots faisant évoquer une FCS
- Si curetage, 3 signes doivent alerter :
  - **Faible abondance du materiel qui ne contient pas de débris ovulaires**
  - **Persistance MTR après curetage**
  - **Histo : pas de structure villositaire**
- Diagnostic sur absence de décroissance des βHCG après curetage, sensibilité d'un cul de sac, echo soigneuse des annexes.

- **Hématocèle**
  - RARE, Collection sanguine intrapéritonéale qui s'organise et se cloisonne (svt ds CDS de Douglas) parfois ds paramètre ou latéro ou pré-utérine
  - SF : Pesanteur pelvienne, SF urinaire (dysurie, pollakiurie) ou rectal (ténesme) avec S de résorption (anémie, fébricule, subictère)
  - Au TV / TR = Col court, anterieur, plaqué contre la symphyse avec masse bombante ds le douglas +/- sensible au TR

- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**
  - **Patiente en période activité génitale = GEU ;ds le doute βHCG**
    - Salpingite aigue
    - Torsion d'annexe
    - Torsion de fibrome sous sereux pédiculisé
    - Nécrobiose de fibrome utérin
    - Kyste hémorragique du corps jaune
    - Douleurs ovariennes : dystophie ovarienne polykystique type II
    - Appendicite aigue
    - Occlusion intestinale aigue sur bride, …
    - Hernie inguinale étranglée
    - Colique néphrétique

Évolution

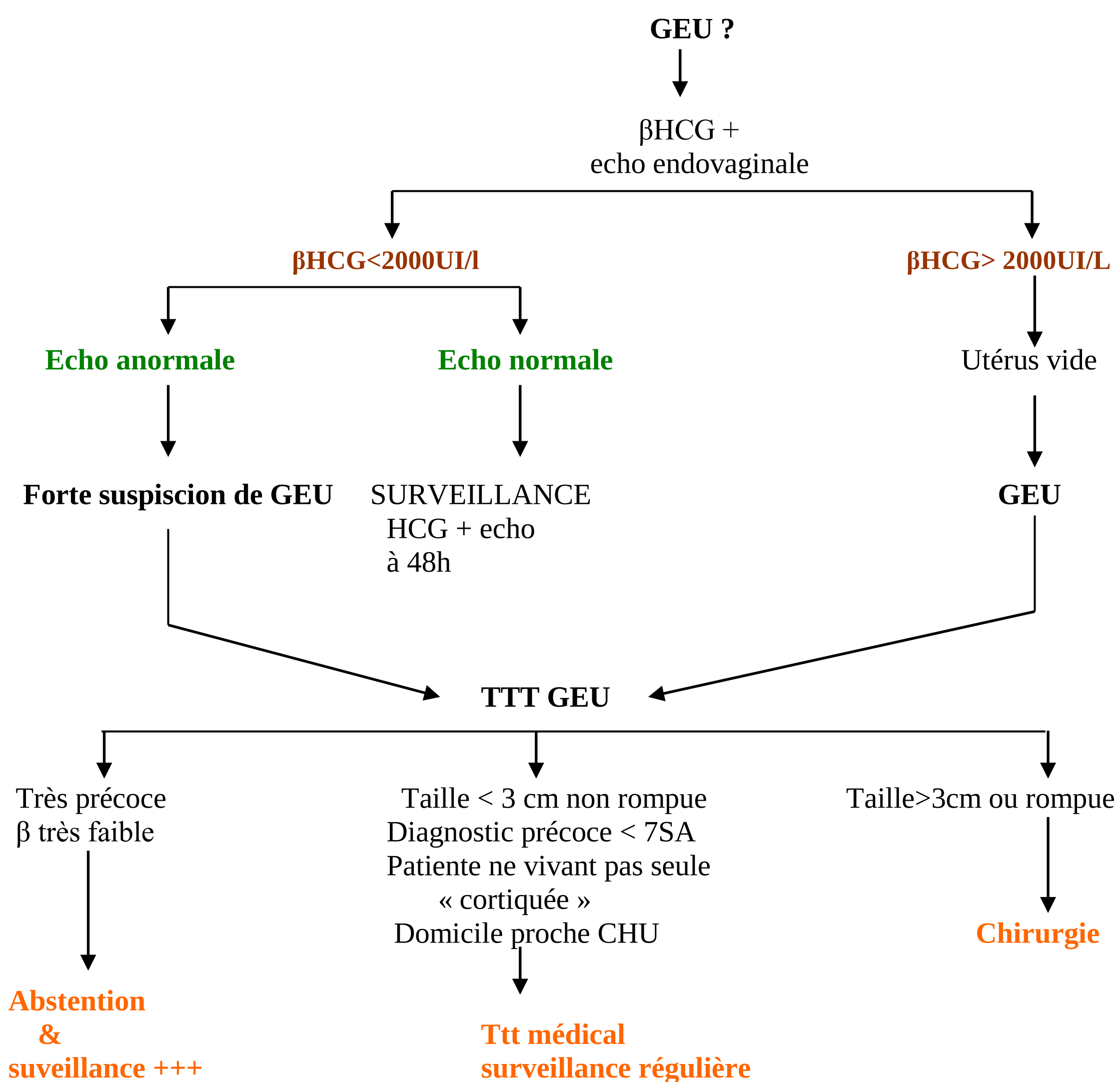
- **Non traitée**
  - Rupture tubaire **: tableau d'hémopéritoine aigu**, urgence médico chirurgicale
  - Décollement de l'œuf
  - Evolution **au delà du 5e mois** exceptionnelle (localisation abdo)
  - Résolution spontanée

- **Traitée**
  - **Risque de stérilité** : **50 %**
  - **Récidive** : **20 %** font une deuxieme GEU

Traitement

- **Buts**
  - Eviter l'hémopéritoine et la mise en jeu du risque vital
  - Preserver l'avenir fonctionnel tubaire
- **CAT**
  - Hospitaliser en urgence[D], laisser à jeun[D]
  - DDR, B-HCG, Echo endovaginale
  - Groupage, Rh, RAI, cs anesthésie, bilan pré-op (NFS-plaq, hémostase +++, …)
  - Sérologie chlamydiae
  - **Chirurgie diagnostique et thérapeutique**
    - **Mode opératoire**
      - **Cœliochirurgical** : ttt de référence de la GEU => 95 % des cas
      - **Chirurgie conventionnelle** : svt limitée aux CI de la cœlioscopie (pneumopéritoine : Ins respi, cardiaque, asthme grave / adhérence ++++ / Obésité) et choc hémorragique grave
    - **Technique**
      - **Radical = Salpingectomie par laparotomie et ses indications**
        - Chirurgie en extrême urgence sur **hémopéritoine massif**
        - GEU volumineuse **> 6 cm**
        - **Rupture/fissure +++ de trompe**
        - **ATCD de GEU homolat**, ATCD de **plastie** tubaire, trompe unique avec ATCD de GEU controlat
        - Age **> 40 ans**
      - **Conservateur[D] =**
        - **Salpingotomie linéaire + aspiration-lavage tubaire = GEU ampullaire** +++
        - **Evacuation tubo-abdominale seulement si localisation si GEU pavillonaire.** Si persistance du saignement => salpingectomie, ou salpingectomie segmentaire
        - **Indication du ttt conservateur**
          - Jeune en bon état général avec <u>désir de grossesse</u>
          - Qui n'a qu'une trompe ou une trompe patho controlat
          - Dont l'état tubaire le permet
          - La prévenir du risque d'échec (hémorragie secondaire) et/ou de récidive
      - **Dans tous les cas, réaliser une adhésiolyse controlatérale**
    - **Surveillance post op**
      - Ds ttt conservateur, **B HCG à 48 h = si le taux est > 30 % du taux anterieur**, **l'échec** est **probable**. Meme si < 30%, **surveillance** 1/sem **jusqu'à négativation du taux**. [D]

- **Médical**
  - **Méthotrexate IM** ou **injection locale directe ds GEU** sous contrôle echo + acide folique
  - **Effet** => Inhibe croissance des villosité trophoblastiques
  - **Indication :**
    - **Ttt de 1ière intention :** en cas de GEU diagnostiquée tôt (B-HCG bas ; **< 7 SA**), non rompue, sans hémopéritoine à l'echoG, de taille **< 3 cm** et bien visualisée à l'échoG.
- **Abstention thérapeutique** (**PAS à l'internat** : Basée sur la possibilité d'involution spontanée des GEU très jeune (**B HCG < 1000 UI/L**). Surveillance ttes les 48h du taux de B-HCG jusqu'à négativation
- **Ds tous les cas :**
  - **ATB = cycline** si sérologie **Chlamydiae Trachomatis** +
  - **Prévention de l'alloimmunisation par Ig antiD chez toutes les femmes Rh négatifs**[D]



Surveillance = contrôle ß hCG à 48 h jusqu'à négativation, 30 % Echec

***Source** : Fiches Rev Prat, cours de la fac, KB de Gyneco, QCM Intest 2000, 2Dossiers Intest 2000, Dossier Estem*